

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ТЕРМІНАЛЬНОЮ СТАДІЄЮ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМНОМУ ТА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ. РАННЯ ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА.

THE FREQUENCY OF NEUROLOGICAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH END- STAGE OF CHRONIC RENAL FAILURE WHO ARE ON THE PROGRAM AND PERITONEAL DIALYSIS. EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION

Rakhmatova Y.O., Reshetnyak I.S., Assoc. Prof. Tkachenko L.A., M.D.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра внутрішньої медицини №2 з професійними хворобами

Хронічна ниркова недостатність (ХНН) є результатом багатьох з тривалим перебігом соматичних захворювань та генетичних аномалій розвитку сечовидільної системи. Найбільш частими причинами ХНН є хронічний гломерулонефрит, хронічний пієлонефрит, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, інтерстиціальні нефрити, полікістоз нирок, системні захворювання сполучної тканини, подагра. Все це в кінцевому випадку примушує пацієнтів бути до кінця життя залежними від апаратів програмного гемодіалізу, що робить дослідження теми надзвичайно актуальною. Серйозною проблемою, яка стоїть на шляху подальшого поліпшення результатів лікування хворих, є різні неврологічні ускладнення, що розвиваються під час як перитонеального так і програмного гемодіалізу. Летальність від неврологічних ускладнень становить 7-25%, а серед хворих з інсультом - 80-90%. До найбільш частих ускладнень відносяться: гострі і хронічні порушення мозкового кровообігу: транзиторні ішемічні атаки, інсульти, вторинна токсикодисциркуляторна енцефалопатія. Неврологічні синдроми: вестибуло-атактичні, церебро астенічні, цефалічні, інсомічні, судомні, синдром діалізної нерівноваги, уремична поліневропатія.

У нашій роботі ми досліджували різні неврологічні ускладнення у хворих на ПГ та перитонеальному діалізі Полтавського нефрологічного центру. З цієї метою було проведено дослідження 60 історій хвороби хворих. Для точності отримання більш достовірної інформації застосовувалися «Індивідуальні карти хворого».

Виявлено: Хворі на перитонеальному діалізі мали: Інсульти – 13 % (геморагічні – 0 %, ішемічні - 13%) TIA- 100%, вторинну токсикодисциркуляторну енцефалопатію – 100%, уремичну поліневропатію – 20%.

Неврологічні синдроми: вестибуло-атактичні – 13%, церебро астенічні – 100%, цефалічні – 100%, інсомічні – 6%, судомні - 0, корінцевий синдром – 13%, синдром діалізної нерівноваги - 0%.

Хворі на програмному гемодіалізі мали:

Інсульти – 40 % (геморагічні – 11 %, ішемічні – 29%) TIA- 88%, вторинну токсикодисциркуляторну енцефалопатію – 100%, уремичну поліневропатію – 33%.

Неврологічні синдроми: вестибуло-атактичні – 33%, церебро астенічні – 88%, цефалічні – 66%, інсомічні – 11%, судомні - 4 %, корінцевий синдром – 17%, синдром діалізної нерівноваги - 22%.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

SPECIFICS OF CHRONIC PANCREATITIS IN ELDERLY PATIENTS

Rubanik D. O., Assoc. Prof. Tretiak N. G., M.D.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра внутрішньої медицини №1

Актуальність проблеми. Старіння організму супроводжується серйозною інволюційною перебудовою органів, що починається вже у 40-50 років. Провідною патологією серед літніх людей є захворювання серцево-судинної системи, в першу чергу, ішемічна хвороба серця (ІХС) та гіпертонічна хвороба (ГХ). Розвиток численних захворювань, зокрема і хронічного панкреатиту (ХП), пов'язаний з прогресуючою ішемією підшлункової залози (ПЗ) внаслідок атеросклерозу судин: з'являються дистрофічні вогнища, фіброз та склероз, що призводить до розвитку екзокринної та ендокринної недостатності ПЗ.

Новизна роботи: уточнена роль діагностики індивідуальних механізмів ураження у пацієнтів похилого віку.

Мета дослідження: вивчення особливостей перебігу ХП у пацієнтів похилого віку.

Методи. Було обстежено 50 хворих із загостренням ХП у віці 65-78 років (середній вік 71,5±1,1 років), з них 23 чоловіків, жінок – 27.

Джерелом інформації слугували історії хвороби хворих на ХП середнього ступеню тяжкості, які лікувалися в гастроентерологічному центрі ПОКЛ ім. Скліфосовського.

Для верифікації діагнозу ХП та супутніх хвороб використовували клініко-анамнестичні дані, дані лабораторних та інструментальних обстежень, проведених за стандартними методиками.

Результати дослідження. Провідним клінічним синдромом ХП у хворих похилого віку був больовий (в 100% випадків), а також диспепсичні прояви, на які скаржилося 98% хворих: відрижка були у 78,1%, печія у 60%, нудота в 56%, метеоризм у 84%, важкість в животі у 74%, гіркота в роті у 60% хворих.

За даними УЗД, ознаки ураження ПЗ виявили у 93% випадків: в 85,11% – гетерогенне збільшення її ехогенності, в 40,55% – зміни контурів органа, в 40,02% – гетерогенність структури залозистої тканини, в 3,64% – зменшення розмірів залози.

Зниження рівня амілази виявлено у 48%, діастази сечі – у 28% хворих. Підвищення рівня загального холестерину виявлено у 82%, підвищення ЛПНЩ – у 50%, підвищений індекс атерогенності у 46% пацієнтів.

В загальній структурі хворих з ХП 49,6% складають хворі з поєднанням ХП, ГХ та ІХС.

Висновки. ХП у пацієнтів похилого віку перебігає з явищами зовнішньосекреторної недостатності ПЗ та порушенням ліпідного обміну. Тому в комплексне обстеження таких хворих доцільно включати визначення ліпідного спектра, як фактора, що обтяжує перебіг захворювання, це дає можливість оптимізувати тактику профілактичних та лікувальних заходів ХП.

ОЦІНКА СТАНУ СЛИЗОВОГО БАР'ЄРУ ЯК МЕТОД РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РЕЦИДИВУ ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ.

ASSESSMENT OF THE MUCOUS BARRIER CONDITION AS THE METHOD OF EARLY RELAPSE DIAGNOSIS IN ULCERATIVE COLITIS

Skrypnyk R.I., Assoc. Prof. Maslova G.S., M.D.

**ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
Кафедра внутрішньої медицини №1**

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) належить до захворювань з хронічним рецидивуючим перебігом, який призводить втрати працездатності осіб молодого і середнього віку. З цієї точки зору залишається актуальним питання ранньої виявлення рецидиву НВК, що надасть можливість своєчасного проведення медикаментозної корекції підтримуючої терапії.

Мета – вивчити стан слизового бар'єру у хворих на НВК у період розгорнутого загострення.

Матеріали і методи. Обстежено 27 пацієнтів у період загострення НВК, 12 (44,4%) жінок, 15 (55,5%) чоловіків віком 25-49 років. За даних ФКС дистальний коліт виявлено у 10 (37%) пацієнтів, із них ураження прямої кишки спостерігалось у 4 (14,8%) пацієнтів, ректосигмоїдного відділу – у 6 (22,2%), лівобічний коліт діагностовано у 8 (29,6%), а тотальний коліт – у 9 (33,3%) хворих. Ендоскопічний індекс активності НВК за Маюо відповідав у 7 (25,9%) пацієнтів I ступеню, у 17 (63,0%) – II ступеню, у 3 (11,1%) – III ступеню. Всім хворим визначали рівень фекального кальпротектину, концентрацію N-ацетилнейрамінової кислоти (NANA) в сироватці крові та рівень її екскреції із сечею, концентрацію фукози, зв'язаної з білком, у сироватці крові та рівень екскреції фукози із сечею.

Результати. В період загострення НВК у обстежених пацієнтів рівень фекального кальпротектину перевищував показники норми в 5,38 рази ($p < 0,05$), що свідчить про високу інтенсивність запального процесу у слизовій оболонці товстої кишки. Також спостерігалось зростання концентрації NANA у сироватці крові і сечі в 1,3 і 1,5 рази відповідно порівняно з показниками практично здорових осіб ($p < 0,05$). Паралельно у пацієнтів із НВК відмічалось зменшення концентрації фукози, зв'язаної з білком, у сироватці крові в 1,5 рази і рівня екскреції фукози із сечею в 1,8 рази порівняно із нормальними значеннями.

Отже, у хворих на НВК відмічається порушення балансу слизового бар'єру ШКТ, який характеризується підвищеною деградацією сіалопротейнів, зменшенням продукції фукопротеїнів, що відповідає високому ступеню ушкодження слизової товстої кишки і бути маркером розгорнутої фази рецидиву НВК.

МАМОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

MAMMOGRAPHY IN DIAGNOSING BREAST CANCER

Slipucha B.L., Vasko M. Yu., Assoc. Prof. Vasko L. M., M.D.

**ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
Кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною**

Неухильне зростання захворюваності та смертності від раку молочної залози (РМЗ) в останні десятиліття робить дослідження з метою вдосконалення тактики ранньої діагностики цієї патології одним з найбільш визначних в клінічній радіології. РМЗ є першою причиною смерті жінок 35-54 років, а після 50 років - другою причиною смерті після серцево-судинних захворювань.

Тому, надзвичайно актуальним постає запровадження системи скринінгу раку молочних залоз, що являє собою профілактичне обстеження явно здорових жінок з метою виявлення захворювання на ранніх стадіях. В наш час існує багато методів отримання зображення молочних залоз. Але лідируюче місце займає мамографія, яка на сьогоднішній день є «золотим стандартом» діагностики захворювань молочних залоз.

Метою мамографії є зниження смертності жінок шляхом виявлення ранніх стадій РМЗ, що значно збільшує шанси на своєчасне і більш ефективне лікування, включно з органозберігаючими операціями. За даними вітчизняних та іноземних дослідників, при виявленні захворювання на ранніх стадіях ефективність лікування збільшується до 90%.

Середні розміри пухлини молочної залози, коли вона стає доступна для пальпації при клінічному огляді складають 2,5см. А висока роздільна здатність мамографії дозволяє візуалізувати пухлини менше 10мм та мікрокальцинати 0,1мм (неінвазивний рак), тому захворювання можна виявити за 3-4 роки до того, як жінка сама виявить перші симптоми хвороби.

Під час мамографії застосовується компресія молочної залози, щоб товщина тканин залози була однаковою в усіх зонах. Для виключення неприємних відчуттів проводити дослідження слід в першій половині циклу: з 5-6 по 10-14 день.

Досягненням сучасної променевої діагностики стало впровадження в мамографію цифрових технологій, що дозволило істотно знизити опромінення на пацієнток. Так, за даними American Journal опромінення, отримане при цифровій мамографії на 22% менше, ніж при проведенні звичайної (плівкової) мамографії. Даний вид обстеження виключає потрапляння рентгенівського випромінювання на інші органи і частини тіла жінки. А висока чутливість і спеціальне програмне забезпечення дозволяють побачити на одному діагностичному знімку зображення майже всіх тканин різної щільності. Зображення зберігається на комп'ютері, де його можна покращити, збільшити, керувати ним при подальшому вивченні (постпроцесінгова обробка), що істотно полегшує роботу лікаря-рентгенолога при читанні цифрової інформації.